

Determinants of consulting the general practitioner

Citation for published version (APA):

van der Kar, A. G. (1992). *Determinants of consulting the general practitioner*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19921001ak>

Document status and date:

Published: 01/01/1992

DOI:

[10.26481/dis.19921001ak](https://doi.org/10.26481/dis.19921001ak)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SUMMARY

This thesis focuses on the determinants of consulting the general practitioner (GP) about one complaint, but not about another complaint. In the research reported here the impact of several factors on the decision to consult the GP is considered. Special attention is paid to the determinant 'worry', therefore, the factors that determine the worry patients experience are investigated as well. In addition we try to gain some insight into how worry and other determinants are influenced by consulting the GP.

Chapter one gives an overview of the whole thesis. The chapter contains an introduction to the studies reported, and describe their theoretical background. Furthermore it summarizes the studies executed, their major shortcomings, and formulates the most important conclusions for theory, practice and methods that can be drawn from the research done.

The theoretical basis for the studies reported is the 'Health Belief Model' (HBM). The HBM was originally formulated to explain (preventive) health behaviour. The HBM assumes that the subjective health considerations (like the perceived susceptibility to a disease or perceived severity of the complaint) determine whether people undertake a health related action, like consulting the GP. Though the HBM has proven itself in explaining a wide range of health behaviours, we made some extra additions (perceived efficacy of self care and need for information) and slight changes to the model.

Research into backgrounds of people's decision to consult the GP is needed if effective use of the medical services provided by the GP is to be promoted. Effective use means, on the one hand, no unnecessary consulting (which leads to medicalization, wasted GP time and extra costs) and, on the other hand, no unnecessary delay (which might lead to prolongation of the disease and more complex treatment).

The research questions are formulated from the point of view of a health educator: the study into the determinants of GP consultation is seen as a necessary stage in developing an intervention aimed at promoting effective use of GP services; and in a way the GP-patient interaction is approached as a small health education intervention, which may be expected to have an effect on determinants of consulting the GP.

In **chapter two** we find a study which gives more information about the reasons for consulting the GP. Patients, consulting the GP, answered questions about the complaint for which they consulted their GP. Questions were based on the HBM, augmented by two additional factors: the perceptions patients have of their own possibilities to cope with the complaint, and their need for information. Then, patients were asked whether they had another complaint, they did not (intend to) consult the GP about. If they had such a complaint, they were asked to fill in the same questions as for the complaint for which they did consult the GP. Furthermore, background characteristics were covered by the questionnaire.

To gain insight in the determinants of GP consultation perceptions regarding complaints for which the GP was consulted were compared with perceptions regarding complaints for which the GP was not consulted. Multiple logistic regression analysis revealed that perceptions concerning the effectiveness of self care, the efficacy of GP care and the perceptions of the complaint explained an important part of the decision to consult the GP. When patients feel that the complaint can be treated without the help of the GP or the complaint is not serious, or the GP can give no effective help, they are less likely to consult the GP. The perceived need for information also is an important reason for patients to consult the GP.

In **chapter three** we explore the worry experienced by patients in the GP waiting room and the reasons for being worried. 791 patients completed a structured questionnaire just before they consulted their GP and afterwards. Worry was operationalized as a combination of anxiety and uncertainty about health.

Results indicate that worry was related to the perceptions of patients concerning the complaint and the need for more information about the complaint. Perceptions concerning the complaint could explain worry better than, for instance, personal characteristics like age or sex of the patients. General health status and frequency of consultations per year were related to the general worry patients experience. According to the patients' self reports, worry was almost never due to information from the mass media or from other persons, or to a concern for the consultation itself.

Furthermore, results show that the worry patients experience decreases from before to after consultation. This decrease of worry, however, is larger for patients who are very positive about the consultation than patients who are less positive. Consulting the GP seems to have a reassuring effect on the patients, especially when the GP discusses the worry appropriately in the patient's view.

In **chapter four** we describe patients' health beliefs about the complaint, their beliefs about the efficacy of GP care and self care and their level of and need for information before consulting the GP. The study reported in this chapter furthermore determines whether patients change their health beliefs after consulting the GP. The results show that a consultation leads to significant changes in the beliefs about the complaint, the level of information one has and the care the GP can provide. After consultation, patients think that their complaint is less serious and the chance that they suffer from a serious disease is smaller than before consultation. Patients' need for more information seems to have decreased after consulting the GP. However patients still feel that they have not enough information. Patients perceive GP care as less effective after, than before consultation. However, this effect seems to be qualified by the extent to which patients feel satisfied with the GP consultation. The perception very satisfied patients have of the efficacy of GP care remains the same before and after consultation. Less satisfied patients, however, perceived GP care as less effective after consultation. Improving the provision of information both by the GP and by the patient may partly solve the problems of relative dissatisfaction with health care some patients experience.

The observational studies reported in chapter two, three and four have the advantage of being conducted in a 'real life' situation. A disadvantage, however, is that it is difficult to determine causal relations, a disadvantage which is especially important if the intention is to influence the decision to consult the GP in a (health education) intervention by influencing health beliefs. Therefore, it was decided to conduct two 'scenario studies', paper en pencil experiments allowing cause-effect relations to be tested. These scenario studies are reported in **chapter five**

The two scenario studies were presented to 160 Health Science students. In the first scenario study we presented a story describing a person reading an article about a certain disease in the morning paper. Four possible determinants of consulting the GP were systematically varied between stories: the susceptibility of the person to the disease, the severity of the disease, the benefit which could be expected from GP care and possibilities of self care. We asked subjects to imagine themselves in the position of the person in the story, and to indicate how worried they would feel and how strong their inclination would be to see their GP.

In the second scenario study, besides evaluating the influence of susceptibility and severity, we tested whether coincidental information (about a friend who happened to

have the disease, and in whom the medical treatment did or did not succeed) influenced worry and intention to consult the GP.

Results show that in general the scenario studies yield the same results as the observational study conducted earlier. On basis of these scenario studies it now, for example, can be concluded that low perceived efficacy of self care seems to **cause** high intention to consult the GP. However, some discrepancies in results were found as well. In the scenario studies we found that coincidental information had a strong influence on worry and the intention to consult the GP, a result not found in real life. This finding, however, may be an artifact of the experimental situation. We conclude that experimental and observational studies are complementary methods, and that scenario studies may be an efficient and an economical method to explore a relatively new research area.

The research reported in this thesis has enabled the following theoretical, practical and methodological conclusions to be drawn. Firstly, the HBM is a useful model to explain GP consultation behaviour, though the elaboration of the HBM with two factors (efficacy of self care and need for information) might be considered. Secondly, though a GP consultation in general seems to have a positive effect on health beliefs (for example worry) and leads to less need for knowledge, patients still feel they do not have enough information when they leave the GP. Both the patient and the GP might profit from more structured exchange of information. Thirdly, with respect to the methodology, we conclude that observational and experimental studies may sometimes be used as complementary methods; observational studies give information about relations in real life settings, scenario studies may give causal information about the same relations in a somewhat artificial situation. Furthermore, scenario studies may be recommended to explore relatively new research areas.

SAMENVATTING

Dit proefschrift geeft een beschrijving van een onderzoek naar de determinanten van huisartsbezoek. Met andere woorden, onderzocht werd waarom mensen hun huisarts raadplegen voor de ene klacht, maar niet voor de andere klacht. De rol van verschillende determinanten van huisartsbezoek werd onder de loep genomen: bijvoorbeeld de perceptie van mensen met betrekking tot de ernst van de klacht, de behoefte aan informatie over de klacht en het advies dat mensen krijgen van anderen. In het onderzoek werd speciale aandacht besteed aan de determinant 'ongerustheid': enerzijds omdat het een belangrijke reden is om de huisarts te raadplegen, anderzijds omdat ongerustheid een groeiend probleem in de arts-patiënt interactie vormt. Daarnaast hebben we getracht inzicht te krijgen in hoe ongerustheid en andere determinanten beïnvloed worden door het huisartsbezoek.

Hoofdstuk een geeft een overzicht van het gehele proefschrift. Het hoofdstuk introduceert de beschreven onderzoeken en beschrijft de theoretische achtergrond. Verder worden de uitgevoerde onderzoeken kort samengevat waarbij ook de belangrijkste resultaten aan bod komen. Tenslotte worden de belangrijkste conclusies beschreven, gesplitst naar conclusies voor de theorie, voor de praktijk en voor de gehanteerde onderzoeksmethoden.

De theoretische basis voor de beschreven onderzoeken wordt gevormd door het Health Belief Model (HBM). Het HBM, van oorsprong ontwikkeld om (preventief) gezondheidsgedrag te verklaren, gaat uit van de veronderstelling dat subjectieve gezondheidsoverwegingen bepalen of mensen bepaalde gezondheidsacties, zoals het raadplegen van de huisarts, zullen ondernemen. Bijvoorbeeld, het HBM gaat ervan uit dat de perceptie van de ernst van de klacht de stuwende kracht is achter een gezondheidsactie, en niet de werkelijke ernst. Ondanks het feit dat onderzoek laat zien dat een groot aantal gezondheidsgedragingen op deze wijze redelijk goed verklaard kunnen worden, heeft een kritische beschouwing van het model in dit onderzoek geleid tot enkele aanvullingen en aanpassingen.

Onderzoek naar de achtergronden van de beslissing om de huisarts te raadplegen is nodig als men een effectief gebruik van medische hulpverlening door de huisarts wil bevorderen. Effectief gebruik betekent enerzijds geen onnodig huisartsbezoek (dat kan leiden tot medicalisering, extra tijdsbelasting van de huisarts en kosten); anderzijds geen onnodig uitstel van huisartsbezoek (dat kan leiden tot een meer complexe ziektegeschiedenis en een meer ingrijpende behandeling).

In **hoofdstuk twee** vinden we meer informatie over het onderzoek naar de determinanten van huisartsbezoek. In de wachtkamer van de huisarts vulden 1000 patiënten een vragenlijst in voordat ze door de huisarts geroepen werden. De vragenlijst is gebaseerd op het HBM, aangevuld met twee factoren: de percepties van patiënten ten aanzien van hun eigen mogelijkheden om de klacht te verhelpen en hun behoefte aan meer informatie over de klacht.

Na het consult werd aan deze patiënten gevraagd of zij nog een andere klacht hadden, waarvoor ze niet naar de huisarts waren gegaan en ook niet van plan waren te gaan. Als ze zo'n klacht hadden, kregen de patiënten nogmaals de vragen voorgelegd die ze al beantwoord hadden voor de klacht waarvoor ze wel naar de huisarts waren gegaan. Ook werden in deze vragenlijst de achtergrondgegevens van de patiënten verzameld, zoals demografische gegevens.

Om verklaringen te vinden voor de beslissing om wel of niet de huisarts te raadplegen voor een klacht, werden de gezondheidsopvattingen voor de klacht waarvoor de

huisarts wel en niet geraadpleegd was, vergeleken. Multiple logistische regressie analyses gaven aan dat percepties met betrekking tot de klacht, de effectiviteit van het huisartsbezoek, de eigen mogelijkheden om een klacht te verhelpen en de behoefte aan informatie, een belangrijk gedeelte van de variantie verklaarden van de beslissing om de huisarts te raadplegen. Als patiënten van mening zijn dat ze de klacht kunnen verhelpen zonder de hulp van de huisarts, de klacht niet ernstig vinden of denken dat de huisarts de klacht niet kan verhelpen, zullen ze minder snel geneigd zijn de huisarts te raadplegen. Tegen de verwachtingen in verklaarde de kans die men dacht te hebben op een ernstige ziekte nauwelijks de keuze om voor een klacht de huisarts wel of niet te raadplegen.

In **hoofdstuk drie** wordt getracht de ongerustheid van de persoon, die in de wachtkamer van de huisarts zit, en de redenen voor deze ongerustheid nader te onderzoeken. 791 patiënten vulden de vragenlijst in vóór en ná het consult. Ongerstheid werd geoperationaliseerd als een combinatie van onzekerheid en angst.

De resultaten toonden aan dat de ongerustheid met name werd veroorzaakt door de percepties ten aanzien van de klacht (zoals de waargenomen ernst van de klacht) en de behoefte aan informatie over de klacht. Deze percepties waren meer bepalend voor de mate van ongerustheid dan demografische kenmerken van de patiënt, zoals de leeftijd of het geslacht van de patiënt. Wel waren de algemene gezondheidsstatus en het aantal huisartsbezoeken per jaar van invloed op de algemene ongerustheid die patiënten ervaren. De respondenten gaven zelf aan dat ongerustheid niet bepaald wordt door massamediale informatie of door andere personen, of door 'drempelvrees', de ongerustheid ten aanzien van het huisartsbezoek zelf.

Verder gaven de resultaten aan dat het huisartsbezoek een positieve werking had op de ongerustheid van de patiënten. Deze afname van ongerustheid bleek echter groter te zijn bij de erg tevreden dan bij de wat minder tevreden patiënten. Het huisartsbezoek had een geruststellend effect op de patiënten, in het bijzonder als de huisarts de klacht en de bijbehorende ongerustheid naar tevredenheid van de patiënt besprak.

In **hoofdstuk vier** worden de gezondheidsopvattingen van de patiënten ten aanzien van de klacht, de zorg en de informatie vóór het consult beschreven. Daarnaast wordt er op ingegaan of het gesprek tussen huisarts en patiënt veranderingen teweeg heeft gebracht bij de patiënt wat betreft deze gezondheidsopvattingen. De resultaten laten zien dat inderdaad na het consult significante veranderingen zijn opgetreden in de percepties over de klacht, de mogelijkheden van zorg door de huisarts en de informatiebehoefte. Na het consult dachten patiënten dat hun klacht minder ernstig was en dat de kans op een ernstige ziekte kleiner was dan vóór het consult. De behoefte van de patiënten aan meer informatie over de klacht bleek kleiner te zijn ná het huisartsbezoek, hoewel de patiënten nog steeds aangaven niet voldoende informatie over de klacht te hebben. De perceptie met betrekking tot de effectiviteit van de zorg door de huisarts werd na het consult lager ingeschat. Dit effect bleek echter alleen op te treden bij patiënten die relatief ontevreden waren over het consult, de patiënten die zeer tevreden waren in dit opzicht achtten de effectiviteit van de zorg door de huisarts voor en na het consult even groot.

De veldstudies, beschreven in hoofdstuk twee, drie en vier, hadden als voordeel dat deze plaatsvonden in de alledaagse werkelijkheid. Deze opzet had echter als nadeel dat op deze manier geen causale verbanden vastgesteld konden worden. Dit nadeel weegt bijzonder zwaar als men van plan is de beslissing om de huisarts te raadplegen te beïnvloeden door een (voorlichtings) interventie gericht op de gezondheidsopvattingen. Daarom werd besloten twee zogenaamde 'scenario studies' uit te voeren, die ons in staat stelden wel oorzaak-gevolg verbanden te leggen. Deze scenario studies worden beschreven in **hoofdstuk vijf**.

De twee scenario studies werden uitgevoerd met 160 studenten Gezondheidswetenschappen als proefpersonen. In de eerste scenario studie werd een casus aan de studenten voorgelegd waarin een persoon een kranteartikel leest over een bepaalde ziekte. In deze casus werden vier mogelijke determinanten van huisartsbezoek systematisch gevarieerd: de kans op de ziekte, de ernst van de ziekte, de effectiviteit van de huisarts en de mogelijkheid om zelf de klachten op te lossen. De studenten werd gevraagd zich zo goed mogelijk te verplaatsen in de rol van de persoon uit de casus en aan te geven in welke mate ze zich nu ongerust voelden en hoe groot hun intentie zou zijn om de huisarts te raadplegen.

In de tweede scenario werd, naast de invloed van de kans op de ziekte en de ernst van de ziekte, gemeten in welke mate de ongerustheid en de intentie om de huisarts te raadplegen beïnvloeden werd door statistische informatie over de kans van slagen van de behandeling (door informatie te geven over de kans van slagen in procenten), en subjectieve informatie over de kans van slagen van de behandeling (door informatie te geven over een vriend die deze ziekte toevallig ook had en waarbij de behandeling wel of niet geholpen had).

De resultaten komen in vrij grote mate overeen met de resultaten van het onderzoek in de wachtkamer van de huisarts. Op basis van de scenario studies kan geconcludeerd worden dat een lage perceptie van de eigen mogelijkheden om de klacht te verhelpen mensen er inderdaad toe lijkt aan te zetten de huisarts te raadplegen. Er waren echter ook een aantal discrepanties tussen het onderzoek in de wachtkamer en de scenario studies, zoals het effect van de factor 'iemand kennen met dezelfde klacht'. Deze determinant, die uit de scenario studie als een belangrijke factor naar voren kwam, bleek in de alledaagse praktijk geen rol van betekenis te spelen. Deze discrepantie kan mogelijk verklaard worden doordat mensen in het onderzoek in de wachtkamer zeiden niemand te kennen met een vergelijkbare klacht. In grote lijnen bleken de scenario studies echter een goede aanvulling te zijn op het onderzoek in de wachtkamers van de huisartsen.

Het onderzoek zoals beschreven in dit proefschrift heeft geleid tot conclusies voor de theorie, de praktijk en de onderzoeksmethoden. Allereerst is het HBM een nuttig model om het huisartsbezoek te verklaren, waarbij wel aangetekend dient te worden dat het toevoegen van twee determinanten zelfzorg en de behoefte aan informatie overwogen dient te worden.

Ten tweede, alhoewel het huisartsbezoek in het algemeen een positief effect heeft op de gezondheidsopvattingen (bijvoorbeeld ongerustheid) en leidt tot minder behoefte aan kennis, geven patiënten nog steeds aan niet genoeg informatie te hebben ná het huisartsbezoek. Zowel de patiënt als de huisarts zouden hun voordeel kunnen halen uit een meer gestructureerde uitwisseling van informatie.

Ten derde, met betrekking tot de methoden van onderzoek, kunnen we concluderen dat veldstudies en scenario studies in sommige situaties als complementaire methoden toegepast kunnen worden; de veldstudie geeft informatie over verbanden die in de werkelijkheid bestaan, de scenario studies geven causale informatie over causale relaties in een soms wat kunstmatige situatie. De scenario studies kunnen de belasting van patiënten en huisartsen door wetenschappelijk onderzoek behoorlijk verminderen en kunnen een goede en efficiënte methode zijn om enig inzicht te verkrijgen in een relatief nieuw veld.